

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

PAR

Max Heinz BERN

Né le 11 Décembre 1914, à Vienne (Autriche)

**Contribution à l'étude
des formes digestives
de la maladie de Basedow**

Travail du Service du Professeur agrégé Lardennois,
Hôpital Laënnec, Paris

Président : M. ABRAMI, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII)
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

PAR

Max Heinz BERN

Né le 11 Décembre 1914, à Vienne (Autriche)

Contribution à l'étude des formes digestives de la maladie de Basedow

Travail du Service du Professeur agrégé Lardennois,
Hôpital Laënnec, Paris

Président : M. ABRAMI, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.	CHEVASSU.
Clinique urologique	LÉVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAÎTRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique.	TROISIÈRE.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	CLOVIS VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-Sociale	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LANTUÉJOUL	Obstétrique.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	M ^{me} J. LÉVY	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.	SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto - rhino-laryngologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	} Clinique obstétricale.		
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

Modeste témoignage de mon profond amour filial.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI,

Professeur de Pathologie Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Hommage respectueux de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR H. WELTI,
Chirurgien des Hôpitaux,

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, guidé de ses conseils et
confié ses documents personnels.*

*Nous le prions de trouver ici
l'assurance de toute notre gratitude
et de notre dévouement respec-
tueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUMAILLOUX
Médecin-Assistant de l'Hôpital Laennec,

*Avec tous nos remerciements
pour l'intérêt qu'il a bien voulu
nous porter.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG,
LES PROFESSEURS LERICHE et AMBARD.

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER,
BORDEAUX ET PARIS.

INTRODUCTION

Cette thèse se propose d'étudier certaines formes atypiques de la maladie de Basedow, dans lesquelles l'intensité des troubles digestifs et l'existence de crises douloureuses abdominales, font égarer le diagnostic. Souvent ces symptômes simulent un état dyspeptique, dans d'autres cas, il font penser à une colique, cholécystite ou appendicite. Parfois, principalement au début de l'évolution du goitre toxique, ces signes abdominaux prennent une intensité telle qu'une intervention chirurgicale semble devoir être envisagée. C'est ainsi que chez certains malades, une appendicectomie inutile fut pratiquée.

Nous diviserons ce travail en trois parties.

La première, la plus importante, sera consacrée à l'étude clinique des différents troubles digestifs liés à l'hyperthyroïdie.

Dans la deuxième, nous essayerons d'en donner la pathogénie.

Dans la troisième, nous envisagerons le diagnostic.

Nous devons l'idée de ce travail au Docteur WELTI. Qu'il nous soit permis ici de le remercier, une fois de plus, pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués et pour les observations qu'il a bien voulu mettre à notre disposition. Celles-ci ont été choisies parmi 1.050 basedowiens opérés par cet auteur.

ÉTUDE CLINIQUE

Les troubles digestifs survenant au cours de la maladie de Basedow sont d'une notion courante à l'heure actuelle.

Beaucoup d'auteurs se sont occupés de cette question; parmi eux, nous citerons surtout : MOUTIER et GUTMANN en France, MARANON en Espagne, BROWN et MOORE en Angleterre, LEIST, WOLPE, SATTLER CURSCHMANN en Allemagne, LOCKWOOD, BRUCE, LERMON, VÉRBYCKE et WOHL en Amérique.

Grâce à l'extrême obligeance du Docteur WELTI, nous avons pu étudier ces troubles digestifs chez un grand nombre de ses malades et constater leur fréquence. Ils évoluent par poussées correspondant aux crises thyrotoxiques. En dehors de ces crises, ils sont difficiles à trouver. Cependant par un interrogatoire serré, on arrive très souvent à les dépister dans l'histoire de la maladie.

Parmi ces symptômes, le plus fréquent est sans doute la *diarrhée*. En dehors des crises hyperthyroïdiennes, il ne s'agit généralement que de selles pâteuses, au nombre de 2 à 3 par jour. Mais au cours des poussées, la diarrhée devient profuse (10 à 15 selles par jour) et prend un caractère de gravité qui contribue à exagérer encore l'état de fatigue et d'amaigrissement habituel dans la maladie de Basedow.

Cette crise de diarrhée peut durer de quelques jours à quelques mois et prend fin avec l'amélioration des autres signes basedowiens.

Les autres troubles digestifs cités dans l'ordre de leur fréquence sont :

L'*état nauséux*, pouvant apparaître subitement au cours de la journée, mais surtout le matin, sans cause apparente. Il peut s'accompagner souvent de vomissements alimentaires ou bilieux, dans quelques cas de regurgitations d'un liquide clair. Chez l'une de nos malades les vomissements survenaient surtout au moment des crises thyrotoxiques.

Les *troubles de l'appétit* consistent surtout en boulimie; l'anorexie se voit plus rarement.

Chez un certain nombre de malades, nous avons observé des *douleurs épigastriques*, des *crampes*, un *point solaire douloureux* spontané ou relevé par la pression. Les *brûlures et aigreurs gastriques*, en même temps qu'une sensation de *lourdeur d'estomac* et les *digestions lentes*, se voient aussi fréquemment. Les *entéralgies*, par contre, sont plus rares.

Les *troubles de la série hépatique* étaient peut-être aussi fréquents chez nos malades que les symptômes précédents. Parmi eux, on pouvait noter des *migraines*, des *douleurs dans l'hypocondre droit* et des *douleurs vésiculaires* précises, allant de la simple cystalgie à de véritables *crises hépatiques*.

A côté des cas fréquents, où les troubles digestifs apparaissent sur un plan secondaire au cours d'une maladie de Basedow classique, il y en a de plus rares où les signes digestifs dominent le tableau clinique, au moins au début de cette affection. Ce sont ces derniers qui feront l'objet de notre travail.

Chez certains malades, les troubles digestifs peuvent constituer l'unique manifestation d'une hyperthyroïdie fruste, donnant lieu à des *formes digestives* de la maladie; dans d'autres cas, ils marquent le début du syndrome hyperthyroïdien qui se complètera ultérieurement : *Formes à début digestif*.

Dans ces formes cliniques atypiques, les symptômes digestifs s'accompagnent de très peu de signes caractéristiques de la maladie de Basedow. Ceux-ci se réduisent parfois à une apparition isolée soit d'un petit goitre peu appréciable à l'examen, soit d'une légère exophtalmie ou d'un simple éclat du regard. Un certain degré de tremblement et surtout une accélération du pouls restent des symptômes très fréquents, même dans ces formes frustes. L'état général de ces malades est très affaibli. On note un amaigrissement très important, une fatigue musculaire surtout des membres inférieurs, en même temps des troubles vaso-moteurs sympathiques; sensation de chaleur, transpiration et un état de nervosité et d'agitation avec changement de caractère. Le métabolisme, lorsqu'on le recherche, est généralement augmenté.

Avec l'évolution de la maladie, les grands symptômes basedowiens viennent ensuite compléter ce tableau clinique.

Le goitre grossit, quelquefois rapidement, dans certains autres cas insidieusement ou par poussées, surtout au moment des règles. C'est une hyperplasie bilatérale, parfois partielle, prédominant d'un seul côté. Il peut présenter quelquefois des noyaux indurés.

La *tachycardie*, qui reste le symptôme le plus constant, augmente mais reste la plupart du temps régulière : pouls entre 100 et 130, quelquefois même supérieur. On note un éréthisme cardio-vasculaire. Les

vaisseaux du cou sont animés de battements très amples, visibles à distance. Les malades se plaignent de palpitations, quelquefois d'une sensation d'angoisse et de constrictions thoraciques. Les accès de tachycardie sont souvent exagérés au moment des règles ou après une émotion et fatigue.

L'*exophtalmie* avec un regard fixe et brillant est plus ou moins importante.

Le *tremblement*, appréciable surtout aux extrémités des membres, est exagéré par l'émotion et l'effort.

Le *métabolisme basal* continue à augmenter et l'amaigrissement devient de plus en plus marqué, amenant quelquefois un véritable état de cachexie basedowienne.

La diarrhée semble dans certains cas contribuer à cet amaigrissement malgré un appétit quelquefois augmenté chez ces malades.

Les troubles digestifs et les symptômes douloureux abdominaux apparaissent par crises qui peuvent s'observer, soit au début de la maladie, ce qui complique leur diagnostic, soit pendant des poussées survenant au cours de l'hyperthyroïdie. Chez plusieurs de nos malades, ils apparaissent au moment de la crise post-opératoire, dans les jours qui suivent la thyroïdectomie subtotale.

Dans certains cas, les troubles digestifs durant pendant des semaines et des mois, avant toute apparition des symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow, simulèrent un état dyspeptique ou une colite.

Chez d'autres malades, l'intensité des symptômes douloureux abdominaux, faisait penser à une maladie chirurgicale aiguë, telle qu'une appendicite, une cholécystite ou adhérences périduodénales.

Parmi ces malades quelques-uns subirent une appendicectomie ou une cholécystectomie, souvent sans amélioration consécutive. Par contre, beaucoup furent très améliorés par le traitement iodé et guéris complètement par la thyroïdectomie.

Pour illustrer les circonstances précédentes, nous étudierons parmi les nombreuses observations du Docteur WELTI, quelques-unes, qui nous semblent les plus démonstratives.

Dans un premier groupe nous placerons certains malades chez lesquels les troubles digestifs tels que : digestions lentes, difficiles, douleurs épigastriques, crampes, aigreurs, brûlures avec des troubles d'appétit présentent une *symptomatologie surtout gastrique*. A l'examen, les signes objectifs donnent très peu de précisions : l'inspection est négative, à la palpation il est difficile de localiser la douleur, on note quelquefois une sensibilité à la pression au point solaire. A la percussion on trouve dans certains cas un météorisme abdominal avec un tympanisme important dans l'hypocondre gauche. L'examen radiologique montre parfois une ptose, souvent une hyperkinésie avec évacuation gastrique accélérée, rarement même des spasmes (GROSSMAN et Gilbert DREYFUSS). Dans d'autres cas, au contraire, il y a une atonie gastrique avec évacuation lente.

En somme l'examen radiologique n'apporte pas de renseignements intéressants pour le diagnostic, sauf dans les cas où il permet d'éliminer l'existence d'un ulcère ou de cancer.

Une de nos malades (observation I), femme relativement jeune, toujours très nerveuse, accuse depuis deux ans des douleurs sourdes épigastriques, surve-

nant surtout par crises après émotion. La douleur sans brûlures est exagérée par l'ingestion d'aliments et suivie de vomissements. Pendant deux jours, la malade ne peut garder aucun aliment, puis tout rentre dans l'ordre. Il y a en même temps une alternative de diarrhée et de constipation. Dans cette période, on trouve déjà un léger tremblement. Plus tard apparaît l'exophtalmie, la nervosité habituelle augmente et les signes digestifs s'exagèrent. Le cou commence à grossir. On prescrit un traitement iodé. L'appétit revient, l'estomac s'améliore, mais après 15 jours, les troubles gastriques réapparaissent brusquement. Les vomissements deviennent incessants, la malade maigrit de 9 kg. et les symptômes basedowiens s'exagèrent. On note un état de fatigue, d'essoufflement, une sensation de chaleur et une chute de cheveux. Le goître grossit, le tremblement augmente. Une tachycardie à 100 apparaît. En avril 1930, après un traitement préparatoire à base d'iode, on pratique une hémithyroïdectomie subtotale, qui est suivie d'amélioration des troubles digestifs et thyroïdiens. La thyroïdectomie est complétée par l'ablation subtotale du lobe opposé. La malade est revue régulièrement depuis. *Les vomissements ont cessé complètement*; il y a très rarement un peu de gêne à l'estomac. L'état général est excellent, le pouls à 80, le poids est revenu à la normale.

Dans un deuxième cas (Observation II), il s'agit d'une femme jeune, bien portante jusqu'au début de sa maladie. Depuis deux ans environ, la malade se plaint de troubles dyspeptiques. Ce sont des aigreurs, brûlures, ballonnements, vomissements et diarrhée. Un an plus tard, les signes thyroïdiens s'installent successivement. La malade commence à avoir trop chaud,

le tremblement et les palpitations apparaissent, surtout le soir. L'exophtalmie est remarquée plus tard, en même temps que les signes précédents augmentent d'intensité. La diarrhée postprandiale et les vomissements matin et soir amènent un amaigrissement prononcé. La malade se plaint de brûlures et d'aigreurs après les repas. Au cou, on note une hypertrophie diffuse du corps thyroïde. Le pouls est à 100, et elle a des palpitations. Il y a un tremblement des mains, des jambes et des paupières. Après un traitement préparatoire de 3 semaines, l'examen du métabolisme basal montre une augmentation de 12 %. Une thyroïdectomie subtotale est pratiquée en 1931. Quelques mois plus tard son état général s'est très amélioré, elle a engraisé de 8 kg., dort très bien. Surtout *les troubles digestifs, les brûlures, aigreurs et vomissements disparaissent en même temps que l'exophtalmie et les tremblements*. Et l'arrêt de la diarrhée facilite la reprise de poids.

La malade est revue un an après la thyroïdectomie subtotale. Elle ne présente plus aucune symptomé ni basedowien ni digestif. Les règles sont redevenues normales, le métabolisme basal est à + 4 %.

Chez ces deux malades, les troubles digestifs ont apparu avant l'éclosion des symptômes classiques de Basedow. Leur origine thyroïdienne a été démontrée en raison de leur disparition après la thyroïdectomie.

La prédominance des symptômes dyspeptiques n'est pas exceptionnelle. Mme BROUET-SAINTON rassemble 39 cas semblables dans sa thèse.

MIESOWIECS rapporte un cas d'une jeune fille chez laquelle une douleur épigastrique avec inappétance et vomissements constituèrent les premiers symptômes de la maladie de Basedow.

Dans un deuxième groupe, nous étudierons certains malades chez lesquels *les troubles digestifs ont un caractère surtout intestinal*, consistant en une diarrhée très importante. Les selles, au nombre de 10 à 15 par jour, et même quelquefois plus, sont liquides, jaunes claires ou verdâtres avec des déchets alimentaires et des corps gras non digérés. Elles peuvent présenter dans certains cas un aspect cholériforme. Ces diarrhées sont surtout prandiales, traduisant l'accélération du transit intestinal provoquée par l'insuffisance des sécrétions gastriques et intestinales. Dans d'autres cas, plus rares, il y aurait une constipation provoquée peut-être par une hyperacidité; cette hyperacidité pourrait même produire des spasmes pyloriques. Ainsi on peut observer l'alternation des constipations et des diarrhées ce qui contribue plus encore à donner à ces troubles d'origine thyroïdienne un caractère colitique.

Malgré un appétit quelquefois augmenté, les malades maigrissent, leur état général est très affaibli. On note souvent une légère fièvre, surtout accusée au moment des poussées thyrotoxiques.

Dans certains cas, rares, les malades souffrent d'entéralgies (DESBOUIS). Ces troubles peuvent être isolés, parfois il y a en même temps des vomissements et des douleurs épigastriques. Toutefois la diarrhée reste le symptôme prédominant.

Une de nos malades (Observation III) présentait ainsi une diarrhée tenace, non améliorée ni par les traitements, ni par les régimes et qui avait apparu deux ans avant le développement d'un goitre. En même temps, la malade souffrait de nausées à n'importe quelle heure de la journée, mais surtout après les repas. Parfois, il y avait des vomissements et des

douleurs épigastriques survenant par crises et accompagnés de ballonnements de l'abdomen. A ce moment, la malade se plaignait déjà de sueurs abondantes et de palpitations, il y avait aussi une sensation d'angoisse et d'oppression. Un examen des selles ayant fait découvrir quelques parasites intestinaux, le médecin institua un traitement arsenical intensif, qui provoqua une crise toxique avec éruption et température à 40°. Pour sa diarrhée continuelle, la malade fait des cures à Châtel-Guyon, à Nérès et à Plombières, mais sans résultat. Son état général s'affaiblit, elle maigrit de 8 kg., et malgré un régime alimentaire sévère, les troubles persistent. Le goitre apparaît alors brusquement, en même temps que les palpitations, les sueurs augmentent. On note une chute des cheveux. La diarrhée s'exagère et s'accompagne de nausées et quelquefois de vertiges. Un œdème apparaît au niveau des chevilles. Les règles sont arrêtées pendant deux mois. La malade souffre d'insomnies. Après des alternatives d'accalmies et de poussées, les symptômes basedowiens s'installent au complet. Le corps thyroïde présente une hyperplasie globale. Le pouls est à 100; il y a des palpitations, l'exophtalmie et le tremblement sont marqués. Le traitement iodé donne des résultats, mais passagers. Le métabolisme est à + 54 %. La diarrhée est très intense. Dans un premier temps chirurgical, on procède à une ablation subtotalaire du lobe gauche et de l'isthme du corps thyroïde. Dans les jours qui suivent l'intervention, la malade présente une crise de douleurs abdominales sous forme de coliques très violentes, localisées surtout au creux épigastrique. Elles sont calmées par le laudanum et la suppression des boissons glacées. Le pouls tombe à 90, il n'y a plus de palpitations, le

tremblement a disparu. Trois mois plus tard, on complète la thyroïdectomie subtotale par l'ablation du lobe droit, suivie du réveil des douleurs épigastriques, comme celles qui se sont produites après le premier temps de l'opération, mais moins intenses. Les symptômes de la série basedowienne disparaissent progressivement, la diarrhée et les nausées s'atténuent pour disparaître complètement. Au cours des huit années qui ont suivi l'intervention, la malade n'a plus eu ni diarrhées ni de nausées.

Une autre observation du même ordre concerne une malade opérée d'appendicite à l'âge de 17 ans (Observation IV). Pendant plusieurs années, elle souffrait de migraines ophtalmiques et de différents troubles digestifs : douleurs dans la région vésiculaire, douleurs après les repas, vomissements alimentaires. La perte de poids était de 15 kg. On intervient alors pour des adhérences périoduodénales. L'opération permet d'obtenir une amélioration qui a persisté plusieurs années. Puis le corps thyroïde augmente de volume et des crises d'entérocolite fébrile se déclarent à quelques mois d'intervalle. La malade souffre d'alternation de diarrhée et de constipation, de céphalées rebelles et de vertiges au lever. En 1939, à l'admission à l'hôpital, les signes basedowiens sont marqués, la palpation de l'abdomen est douloureuse. A ce moment il n'y avait pas de diarrhée. On pratique une hémithyroïdectomie suivie d'une guérison rapide aussi bien des symptômes basedowiens que des troubles digestifs. La malade n'a plus de crises d'entérocolite fébriles ni de migraines.

M. G. WOHL rapporte un cas d'hyperthyroïdie masquée par des symptômes digestifs, où les crampes douloureuses dans le bas-ventre avec une diarrhée et

une constipation alternantes et un amaigrissement très marqué faisaient penser à une colite. La faiblesse musculaire, une tachycardie et un sommeil troublé suggérèrent l'existence d'une hyperthyroïdie. Le métabolisme basal augmenté, l'amélioration après le traitement iodé et la disparition de tous ces troubles après une thyroïdectomie confirmèrent cette hypothèse.

SCHMIEDEN présente des observations où la diarrhée prolongée avec amaigrissement simulait un cancer ou la tuberculose.

KOLB publie un cas de diarrhée rebelle durant 15 ans qui a cessé après une thyroïdectomie partielle.

Chez certains malades le début de l'hyperthyroïdie peut se présenter comme *une intoxication gastro-intestinale aiguë*, et le diagnostic en raison de l'absence de symptômes basedowiens est parfois difficile. Cependant les régimes et les traitements symptomatiques ne réussissent pas à améliorer l'état du malade. Et bientôt l'apparition des premiers signes d'hyperthyroïdie permet de reconnaître l'origine thyroïdienne des troubles.

Nous citerons ici une observation intéressante d'un homme jeune qui brusquement en pleine santé présentait des nausées et un état de fatigué. Quelques jours plus tard, à la suite d'une noce, il se met à vomir incessamment; il ne peut garder aucun aliment. En même temps apparaît une diarrhée profuse, 7 à 10 selles par jour. Le malade ressent une soif vive. Le médecin consulté diagnostique une intoxication alimentaire. Il traite le foie et l'estomac mais l'état du malade ne s'améliore pas. L'amaigrissement devient très prononcé, de 80 kg. à 62, puis à 57 kg.

La perte de poids est rapide : 400 gr. par jour. Un

autre médecin consulté à ce moment trouve un pouls à 140, une tension artérielle de 17/10 et diagnostique une maladie de cœur. Il prescrit des tonicardiaques, le repos de 15 jours et conseille une cure à Royat. Ce n'est qu'à l'arrivée à Royat qu'on constate une augmentation du corps thyroïde. Le traitement iodé intensif et le repos procurent une amélioration rapide. Les vomissements et la diarrhée cessent. Le poids augmente de 19 kg. Le pouls est plus calme.

Mais, par la suite, le malade interrompt le traitement iodé et les symptômes thyroïdiens réapparaissent au complet avec un pouls à 120, des tremblements, de l'exophtalmie, des sensations de chaleur. Le métabolisme basal est à + 60. Et une thyroïdectomie subtotale doit être pratiquée.

VERBRYCKE rapporte 34 cas où les malades viennent consulter pour des symptômes gastro-intestinaux et où il a trouvé une origine hyperthyroïdienne non soupçonnée au cours du premier examen.

Les troubles digestifs pour lesquels les malades sont venus consulter, sont classés par l'ordre de leur prédominance.

Douleurs dans l'abdomen et crampes	12 cas.
Nausées et vomissements	9 cas.
Gaz	5 cas.
Diarrhée	3 cas.
Amaigrissement	2 cas.
Faim douloureuse	1 cas.

Cependant 24 sur 34 malades présentèrent une perte de poids allant 0,9 à 18 kg., avec une moyenne de 4,4 kg.

Mais chez deux de ces malades seulement l'amaigrissement avait un caractère de gravité tel qu'il

les a obligés à demander l'admission à l'hôpital.

Parmi les signes caractéristiques de la maladie de Basedow trouvés à l'examen, c'est surtout l'*accélération* des pouls qui existe le plus fréquemment. Dans l'ordre de fréquence viennent ensuite : une légère *augmentation de la tension artérielle* et le *tremblement*. Tous ces malades ne présentaient ni goitre bien appréciable, ni exophtalmie.

L'analyse des symptômes basedowiens dans ces 34 cas d'hyperthyroïdie masquée est schématisée dans le tableau suivant :

POULS	{	le plus rapide	140
		le plus lent	72
		moyenne	102
TENSION ARTÉRIELLE	{	la plus basse	11/6,2
		moyenne	16,7/9
		(la moyenne de l'âge étant 38 ans)	
TREMBLEMENTS	{	inexistant	2 cas
		très léger	2 cas
		léger	6 cas
		modéré	11 cas
		marqué	8 cas
		fort	4 cas

Le traitement iodé et la radiothérapie ont amélioré au moins temporairement tous ces troubles digestifs en même temps que les autres symptômes basedowiens.

Dans certains cas, l'amaigrissement, un état sub-fébrile avec des troubles digestifs variables, surtout douleurs dans le bas-ventre et vomissements, peuvent faire croire à une *appendicite chronique* qui se compliquerait de désordres neuro-végétatifs. Ainsi, plu-

sieurs de nos malades furent appendicectomisés sans résultat. Une de ces malades pour exemple, continuait à souffrir et à maigrir malgré les différents traitements et les fortifiants. Cet état a duré jusqu'à l'installation des signes basedowiens nets, et ce n'est qu'après une thyroïdectomie subtotale en deux temps que l'état s'améliore. Elle reprend du poids et tous les troubles digestifs disparaissent.

Dans d'autres cas, les symptômes abdominaux présentaient une allure aiguë: douleur violente dans la fosse iliaque droite: vomissements, nausées, fièvre. Le diagnostic d'appendicite aiguë semblait s'imposer et, par conséquent, l'intervention d'urgence devait être envisagée.

Nous avons pu nous-même observer une malade de cet ordre (Observation V). Au cours de son hyperthyroïdie, elle avait souffert de troubles digestifs légers, diarrhée et constipation alternantes, quelquefois vomissements. Une seule fois pendant la marche, elle avait ressenti une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Cette douleur avait duré une heure et avait été calmée par le repos. Huit jours après une hémithyroïdectomie subtotale, 1^{er} temps d'une thyroïdectomie, elle présente un état fébrile avec inappétence, fatigue, constipation, et météorisme abdominal. Le 15^e jour, elle subit une violente crise de douleur dans la fosse iliaque droite, avec température à 39°. A l'examen, on trouve un plastron et on a fait le diagnostic d'appendicite aiguë. La malade est réadmise à l'hôpital. Le Docteur WELTI, bien que prévenu de l'existence de ces pseudo-appendicites chez les basedowiens, pratique une appendicectomie en raison de l'intensité des symptômes. A l'intervention, il ne

trouve qu'un petit appendice d'aspect subnormal et un peu coudé. Il s'agissait manifestement d'une fausse appendicite et l'examen histologique pratiqué par le Docteur HUGUENIN ne montra que des lésions inflammatoires anciennes et limitées.

Une autre basedowienne avait souffert des crises de diarrhée avec légère fièvre 37,8, 37,9. Quelques jours avant sa thyroïdectomie, elle présente à la clinique une poussée thyroïdienne : le pouls s'accélère, mais surtout il existe une douleur vive dans la fosse iliaque droite avec température 37,8. S'agit-il d'appendicite ? On met de la glace sur l'abdomen, mais ce traitement ne calme pas les douleurs. S'agit-il seulement d'une crise douloureuse en rapport avec l'état thyrotoxique ? Un état subfébrile est habituel au cours des poussées thyroïdiennes et la température peut très bien s'expliquer ainsi. L'évolution confirme la deuxième hypothèse car, après un traitement iodé, les signes hyperthyroïdiens et les douleurs abdominales s'atténuent.

D'autre part, après la thyroïdectomie, les signes d'hyperthyroïdie et les douleurs simulant l'appendicite disparaissent complètement et définitivement.

ROBERTSON, WOHL et ROBERTSON rapportent un cas très intéressant à ce point de vue. Une jeune négresse vient consulter pour une augmentation de volume du cou, grande nervosité, des palpitations.

Al'examen, on trouve des nodules thyroïdiens, un métabolisme basal à + 6 %. On porte le diagnostic de goitre colloïde et on met la malade à un traitement par extraits thyroïdiens. Au bout de 3 semaines, le métabolisme basal s'élève à + 20 %. Quelques jours plus tard, la malade accuse une douleur dans la fosse iliaque droite qui s'exagère et s'accompagne de vomissements et de crampes diffusées dans tout

l'abdomen, gardant toujours la prédominance à droite. On note même une certaine défense, et contracture du bas-ventre. Le métabolisme basal est à $+ 57 \%$. On pense à ce moment à une appendicite, mais l'état général très affaibli contre-indique une intervention. 24 heures plus tard, les symptômes s'aggravent à tel point que l'on pense à un abcès appendiculaire et on pratique l'appendicectomie. L'appendice excisé présente un état normal confirmé par l'examen histologique. La malade tombe ensuite dans un état d'intoxication et de confusion mentale, et comme on ne trouve aucune lésion abdominale, on attribue ces symptômes à l'hyperthyroïdie. Pour cette raison, on supprime la poudre de thyroïde et on installe un traitement iodé. Sept jours plus tard, l'état général s'est amélioré, le métabolisme basal tombe, les symptômes digestifs disparaissent. Après une thyroïdectomie subtotalaire, la malade quitte l'hôpital complètement guérie. L'administration de la poudre de thyroïde a donc amené chez elle un état thyrotoxisque qui a provoqué ces symptômes abdominaux aigus, avec la guérison de l'hyperthyroïdie, les signes digestifs disparaissent.

Les troubles digestifs prennent parfois un caractère surtout *hépatique*. Les nausées avec vomissements, migraines, sensibilité de la région de l'hypocondre droit, et quelquefois une douleur précise vésiculaire, s'exagérant par crises, font poser le diagnostic de cholécystite. Dans quelques cas, on peut assister à de véritables coliques hépatiques avec état subictérique, fièvre et selles décolorées. Il est parfois difficile de distinguer parmi ces malades certains qui présentent des lésions véritables de cholécystite lithiasique confirmée par la radiographie.

Il est intéressant de noter la fréquence de cette affection au cours de la maladie de Basedow.

Nous citerons ici le cas d'une jeune femme qui présentait depuis un an un goitre exophtalmique avec un métabolisme basal de $+ 40 \%$. Brusquement, elle souffre de deux crises hépatiques, avec douleurs violentes dans l'hypocondre droit, diarrhée et selles décolorées. A l'examen, le foie n'est pas augmenté de volume, mais la région vésiculaire est douloureuse à la palpation. A cause de l'exagération des symptômes basedowiens, la thyroïdectomie est pratiquée. Elle fut suivie de la disparition de tous ces troubles.

Chez une autre malade, les symptômes basedowiens caractéristiques furent précédés de crises douloureuses dans l'hypocondre droit avec diarrhée survenue à la suite d'une émotion. Un état douloureux de la région vésiculaire persista pendant plusieurs mois. Il s'accompagnait d'un amaigrissement important (10 kg. en deux ans). Les crises douloureuses se répétèrent trois fois au cours de deux années avec une fièvre de 38, 38,4. En même temps, les autres signes basedowiens apparurent. Le traitement iodé, d'ailleurs mal supporté par la malade, amène alors une cessation de ces crises douloureuses abdominales. Une thyroïdectomie subtotale fut enfin pratiquée. L'état de l'opérée s'améliore progressivement et pendant les trois années qui ont suivi cette opération, la malade n'a plus jamais ressenti aucune douleur vésiculaire. La reprise de poids est de 13 kg.

KRAUS rapporte trois cas semblables dans lesquels les symptômes douloureux dans l'hypocondre droit firent penser à une crise hépatique avant l'apparition des signes basedowiens.

PATHOGÉNIE

La dépendance de ces troubles digestifs de l'état hyperthyroïdien peut être prouvée par la clinique. Celle-ci permet d'observer une coïncidence particulière entre les phases d'exagération des symptômes digestifs et les poussées aiguës de l'état thyrotoxique se traduisant par la recrudescence de signes classiques de la maladie de Basedow. Chez certains de nos malades, les phénomènes douloureux abdominaux se sont répétés au cours de la crise hyperthyroïdienne post-opératoire. Avec l'atténuation de symptômes basedowiens les troubles digestifs s'améliorent. Le traitement iodé et la radiothérapie les fait disparaître temporairement. La thyroïdectomie subtotale les guérit complètement.

D'autre part, les études expérimentales permettent de reproduire les mêmes troubles par l'administration de la poudre de thyroïde. MARBÉ a expérimentalement provoqué de la diarrhée par l'extrait thyroïdien. Léopold LÉVI a montré à la même époque les effets de la thérapeutique thyroïdienne sur les sécrétions et la musculature lisse de l'intestin.

Pour définir la pathogénie de ces différents troubles, il faudrait distinguer parmi ces cas, certains, dans lesquels l'origine thyroïdienne se trouve à la

base de leur apparition et d'autres où l'état thyrotoxique ne jouerait qu'un rôle irritant et favorisant le réveil de lésions latentes et antérieures à l'apparition de la maladie de Basedow.

Dans le premier cas, le mécanisme de l'action de la thyroïde pourrait être expliquée soit par un trouble du système neuro-végétatif, soit un trouble sécrétoire digestif, en même temps qu'une irritation toxique de la fibre musculaire lisse.

On peut envisager facilement chez ces malades la possibilité d'une excitation du système neuro-végétatif abdominal, comparable à l'excitation du système nerveux autonome du cœur. Nous avons signalé la fréquence des douleurs solaires chez nos malades.

Dans l'état de déséquilibre neuro-végétatif survenant au cours de la maladie de Basedow, c'est l'excitation du sympathique qui domine et se traduit par la tachycardie et l'exophtalmie. Toutefois, il n'y a pas d'opposition absolue entre l'état du sympathique et l'état du vague; à côté de l'excitation du sympathique d'autres symptômes traduisent une excitation parallèle du pneumogastrique (LAFFITE et MAY).

L'étude du réflexe oculo-cardiaque d'après SAINTON montre une réponse fortement positive dans le sens de la vagotonie dans 60 % de cas, un réflexe inversé dans 10 %, indifférent dans 30 % de cas. Il y aurait donc en même temps une excitation du sympathique et du vague. VERBRYCKE souligne dans sa statistique la fréquence de l'état vagotonique chez ses malades à forme digestive de Basedow. KRAUS en rapportant quelques cas de Basedow avec des symptômes douloureux abdominaux signale aussi cette existence d'un état vagotonique chez ces malades. Cet auteur se rattache à la théorie de EPPINGER et HESS qui voient dans

ces phénomènes douloureux une analogie avec les crises tabétiques gastriques, ou aussi la vagotonie joue un rôle important. On pourrait supposer ici une interférence de l'action toxique thyroïdienne et d'un état de vagotonie qui favoriserait le déclenchement de ces crises douloureuses.

D'autres auteurs attribuent ces troubles digestifs surtout à des modifications sécrétoires du tube digestif, sous l'influence du l'hyperfonctionnement thyroïdien.

Nous trouvons chez Sainton BROUHA et SIMMONET une étude de la sécrétion gastrique chez les basedowiens. « Les examens du chimisme gastrique ont amené à des conclusions différentes, ils ont révélé, dans un certain nombre de cas, de l'hyperchlorhydrie et de l'hyperacidité qui serait, la formule habituelle (MARANON), dans d'autres de l'anachlorhydrie (Knud FOCHER, MOORE); l'opinion à laquelle paraît se rallier la majorité des auteurs est que l'hypersécrétion est l'apanage des formes légères, l'hyposécrétion l'accompagnement des formes graves. Les états se succèdent chez le même sujet; le fait est d'accord avec les données expérimentales qui montrent que l'ingestion ou l'injection de thyroxime ou de produits thyroïdiens provoque une augmentation de la sécrétion qui diminue ensuite. »

MARBÉ, Leopold LÉVI et ROTSCCHILD ont reproduit expérimentalement la diarrhée par l'administration d'extraits thyroïdiens. L. LÉVI en traitant ses malades par la poudre de thyroïde à faible dose, réussit à calmer leur diarrhée, par contre avec des doses fortes, il déclenche une diarrhée importante, avec quelquefois des coliques.

Il y aurait pour ABRAMI en certaines périodes cor-

respondant aux poussées thyroïdiennes des phases d'hypoacidité gastrique et des modifications de la sécrétion intestinale. Ces états du chimisme gastrique entraînent généralement une diarrhée prandiale liée probablement à une insuffisance du pylore. Dans d'autres moments, au contraire, il y aurait des périodes d'hyperacidité gastrique accompagnées des spasmes pyloriques avec une constipation ou parfois une diarrhée tardive consécutives.

En réalité, la diarrhée qui constitue le symptôme digestif de beaucoup le plus fréquent est dans la majorité de cas déterminée uniquement par l'hyper-sécrétion thyroïdienne. Nous en voyons la preuve dans le fait que la plupart de nos malades ne présentaient aucune tendance diarrhéique avant le début de leur maladie et même souvent signalaient dans leurs antécédents une tendance à la constipation. Ce n'est qu'au moment où la maladie a éclaté, que brusquement en même temps que les autres symptômes, la diarrhée s'est installée.

Le résultat de l'intervention chirurgicale est une nouvelle preuve qui a toute la valeur d'une expérimentation. Il confirme l'origine en général uniquement thyroïdienne de la diarrhée. En effet, lorsque, après une thyroïdectomie subtotale, la guérison s'installe, la diarrhée est souvent le premier symptôme qui rétro-cède. Et lorsque chez ces malades guéris, une légère hypothyroïdie survient, témoignant d'une exérèse particulièrement large, la constipation est un symptôme habituel. Cette hypothyroïdie passagère, qui est désirable pour obtenir une guérison stable, se révèle par une tendance transitoire à l'embonpoint, par une certaine frilosité, par une tendance un peu excessive au sommeil, voire dans certains cas par une

petite bouffissure de la face. Il est de règle alors que les malades se plaignent de constipation.

Cependant, soit spontanément, au fur et à mesure que les moignons thyroïdiens qui ont été respectés reprennent leur fonctionnement, soit sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, l'hypothyroïdie disparaît. Le métabolisme, qui était descendu au-dessous de la normale, redevient alors normal et simultanément, la tendance à la constipation disparaît. Ainsi, cette contre-épreuve montre bien le rôle de l'hyperthyroïdie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des troubles digestifs lorsqu'ils accompagnent une maladie de Basedow évidente ne présente pas de grandes difficultés, sauf dans certains cas où une maladie digestive indépendante coïnciderait avec le goitre exophtalmique.

Par contre, le diagnostic devient plus délicat dans les cas où les troubles digestifs apparaissent, au début de la maladie de Basedow avant l'éclosion des grands symptômes caractéristiques de cette affection ou au cours de certaines formes frustes d'hyperthyroïdie.

Il faut se garder d'attribuer toujours les symptômes digestifs apparaissant au cours d'une maladie de Basedow confirmée, à l'état d'hyperthyroïdie. En effet, les malades peuvent présenter de vraies maladies digestives indépendantes et qu'il faut traiter d'après leur propre indication. Dans certains cas il semble y avoir une coïncidence à signaler de ces affections avec le goitre exophtalmique. Nous avons remarqué la fréquence des troubles hépatiques et des cholécystites confirmées par la radiographie chez nos malades. Les auteurs américains insistent également sur la coexistence d'ulcères gastro-duodénaux. Nous n'en avons observé aucun cas. ROBERTSON et HARGIS rapportent une statistique basée sur 2.000 autopsies ef-

fectuées à la clinique Mayo. Celle-ci montre une fréquence marquée de lésions ulcéreuses chez les malades hyperthyroïdiens. Cette statistique présente peut-être des causes d'erreurs dues à la grande fréquence du goitre dans la région, et à la grande fréquence d'ulcère duodénal aux Etats-Unis.

De même de véritables appendicites peuvent survenir chez les basedowiens. A ce point de vue on pourrait attribuer une certaine importance à l'hyperplasie du tissu lymphoïde qui est habituelle dans la maladie de Basedow. Elle expliquerait également la fréquence des angines et des amygdalites.

L'erreur à éviter encore consiste à méconnaître une lésion cancéreuse et à attribuer la cachexie cancéreuse à l'état de thyrotoxicose.

Dans les formes frustes du goitre exophtalmique, le diagnostic différentiel peut être difficile avec une tuberculose. L'amaigrissement, l'asthénie musculaire, une légère fièvre et des troubles de règles constituent des symptômes qui peuvent induire en erreur. Le métabolisme basal quand il est nettement élevé donne des renseignements précieux dans ces cas. L'examen clinique, radiologique et bactériologique doivent orienter le diagnostic.

Nous croyons cependant utile d'attirer l'attention sur l'intensité des troubles digestifs dans certaines maladies de Basedow qui peuvent faire penser à tort à une lésion digestive organique associée. Souvent ces malades sont considérés comme des sujets nerveux et traités pendant des mois par une thérapeutique purement digestive, sans obtenir de soulagement.

En présence de certains états dyspeptiques ou de diarrhées rebelles à forme colitique, la recherche des

signes d'hyperthyroïdie fruste serait indiquée. Parmi eux, il faut citer surtout une accélération du pouls, quelquefois des palpitations (et une légère élévation de tension artérielle).

Quand l'exophtalmie n'est pas marquée, on peut observer un certain éclat du regard. Le tremblement est plus ou moins marqué surtout le matin ou après une émotion. On peut noter une certaine parésie musculaire, une tendance à faire tomber les objets. Les malades sont nerveux et agités. Ils peuvent avoir des troubles de caractère, des troubles sympathiques, des transpirations, des sensations de chaleur. Les règles sont diminuées, l'amaigrissement est plus ou moins important. Le métabolisme basal confirme parfois le diagnostic d'hyperthyroïdie, mais les renseignements fournis par cette épreuve doivent être discutés avec soin. Enfin, le traitement iodé, lorsqu'il fait disparaître simultanément les troubles digestifs et les symptômes de la série basedowienne présente un grand intérêt. Il a la valeur d'un véritable test thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mlle B..., 36 ans, est adressée le 5 avril 1932 par le docteur Guy LAROCHE au docteur WELTI, à la Maison de santé médico-chirurgicale d'Asnières.

Antécédents: réglée à 14 ans, régulièrement; toujours très nerveuse.

Début: 1930. Depuis un certain temps, elle se plaint de douleurs de l'estomac qui surviennent principalement après une contrariété; ces douleurs sont exagérées par l'ingestion d'aliments. Ce sont des douleurs sourdes, il n'y a pas de brûlures. Elle a des vomissements et une fois pendant 2 jours elle a eu une intolérance gastrique complète; le troisième jour, tout est rentré en ordre. En plus, il y a des alternations de diarrhée et de constipation et un tremblement.

Septembre 1931: Exophtalmie. Les troubles digestifs s'exagèrent, la nervosité augmente. Règles normales, sommeil normal. Pas de palpitations.

Au début de février 1932, le cou grossit, l'exophtalmie augmente. Elle consulte le médecin qui prescrit 20 gouttes de lugol par jour. L'appétit revient et les troubles d'estomac s'atténuent pendant 15 jours, puis brusquement les nausées surviennent. La malade croit qu'elles sont dues à l'iode et cesse le traitement. Par la suite, l'appétit diminue et on observe un amaigrissement de 4 kg.

Le cœur est normal, les jambes très solides; fatiguée en montant l'escalier, essoufflement. Les tremblements s'exagèrent, sensation de chaleur. Le goitre grossit, chute des cheveux.

18 février 1932: exophtalmie très marquée, corps thyroïde très saillant. Hypertrophie diffuse. Tremblement. Tachycardie: pouls à 100, mais assez régulier.

Après un traitement préopératoire de 8 jours à la Maison de santé, on pratique l'*hémithyroïdectomie gauche* (H. WELTI). La malade est plus calme, les vomissements ont disparu et les douleurs gastriques ont cessé, sauf un seul jour. Pas de diarrhée, le sommeil est bon, et il y a une reprise de poids.

30 juin 1932: l'estomac est très amélioré, il n'y a pas de douleur, de vomissements, ni de diarrhée. Pouls à 110.

Le 1^{er} juillet 1932, *deuxième intervention: ablation de l'isthme et du lobe droit* (H. WELTI). Trois jours après l'opération, la malade est calme et le pouls est à 72.

Le 16 juillet: les nausées ont disparu, reprise de force, l'appétit revient, le sommeil est calme. Le tremblement diminue, le regard est moins fixe, le pouls est à 60-80, les jambes sont solides.

Septembre 1932: reprise de poids de 6,5 kg. Pas de palpitations, l'estomac est une seule fois dérangé. Pas de vomissement. Exophtalmie très diminuée. Règles normales.

12 octobre 1932: reprise de poids 14 kg. Il n'y a pas de diarrhée, pas de douleur de l'estomac. Plus d'exophtalmie, règles normales. Quelques douleurs dans le genou et faiblesse des jambes.

OBSERVATION II

Mme K..., âgée de 37 ans, vient consulter le docteur WELTI en mai 1931. Le début de la maladie remonte à 1929. Jusqu'à cette date elle allait assez bien et se plaignait seulement de temps en temps de dyspepsies: aigreurs, ballonnements, vomissements, et diarrhée simultanément.

En hiver 1929, la malade commence à avoir trop chaud, en plus elle se plaint de tremblements et de palpitations qui surviennent le soir. Il n'y a pas d'extrasystoles. Au point de vue tube digestif, elle présente les

mêmes troubles qu'avant. Elle souffre aussi depuis 4 ans des yeux; ce sont des brûlures et douleurs très vives qui surviennent surtout la nuit. Elle consulte un oculiste qui conclut à une lésion végétante des conjonctives palpébrales et l'améliore par un traitement approprié.

En novembre 1930, elle présente un tremblement marqué des mains et des jambes et une exophtalmie des deux yeux. Elle a toujours trop chaud, et souffre de palpitations.

En plus, elle présente des symptômes digestifs: diarrhées postprandiales, vomissements matin et soir, quelquefois brûlures après le repas, aigreurs.

Les règles étaient courtes et peu abondantes en avril 1930. La malade se plaint aussi d'insomnies, parfois de sueurs et son poids est descendu de 49 à 44 kg.

Le 5 mai 1931, elle présente une hypertrophie diffuse du corps thyroïde. Son pouls est à 100. Il y a un tremblement des mains, des jambes et des paupières. Exophtalmie légère. Traitement préopératoire de 3 semaines (lugol).

L'examen du MB pratiqué le 23 mai montre qu'il est augmenté de 12 %. Le 30 mai, thyroïdectomie subtotale (H. WELTI).

Le 15 octobre 1931, la malade est très calme. Elle a engraisé de 8 kgs, dort bien, le cœur est normal et les palpitations ont disparu. Il n'y a pas d'exophtalmie, elle ne souffre plus de douleurs dans les mollets, alors qu'elle s'en plaignait avant l'opération. Elle n'a plus trop chaud, les règles restent quelquefois diminuées. En même temps que les symptômes de la série basedowienne, les signes digestifs ont disparu. La malade ne se plaint plus de ses aigreurs, de ses vomissements. Elle n'a plus de diarrhée ni de brûlures après le repas.

La malade, en 1938, va toujours bien à tous les points de vue. Elle a repris 10 kgs et ne présente plus aucun symptôme ni basedowien ni digestif. Les règles sont re-devenues normales et le MB est à +4 %.

OBSERVATION III

Mme O..., âgée de 33 ans, vient consulter le Docteur WELTI, en 1931. Sa maladie a débuté en 1927. A cette époque, elle a commencé à souffrir de diarrhée avec nausées, et impressions de vomissements imminents, n'importe quand, mais surtout après les repas, parfois elle vomit des aliments. Elle présente en plus des crises douloureuses épigastriques avec ballonnement du ventre et gaz. La malade a aussi des sensations d'angoisse, de peur, et d'oppression, elle se plaint de sueurs abondantes, elle a quelquefois des palpitations et des douleurs au niveau des tempes, elle a souvent des accès de colère. L'examen des selles ayant relevé la présence de parasites, on administre un traitement au stovarsol qui provoque un empoisonnement avec éruption et température à 40°.

En 1928, elle fait une cure à Châtel-Guyon, et à Nérís, en mai 1929, une autre à Plombières.

Elle retourne de Plombières très fatiguée avec une perte de poids de 8 kg. (de 55 à 47 kg.). En septembre 1929, la malade fait un séjour à Nérís et c'est là-bas qu'avant les règles, du jour au lendemain, apparaît un goître. En même temps, elle a des palpitations et des sueurs; les cheveux tombent; les nausées s'exagèrent et s'accompagnent de diarrhées et de vertiges. Quelquefois son pied faiblit, il y a un œdème au niveau des chevilles. Les règles sont arrêtées pendant deux mois et la malade souffre d'insomnies.

En février 1930, elle fait une autre cure à Divonne qui agit favorablement. Elle revient plus calme avec une augmentation de poids. Cependant, en septembre de la même année, une nouvelle aggravation se manifeste. La malade maigrit de 65 à 55 kg., ses règles sont trop abondantes. Elle a des palpitations avec extrasystoles et le pouls est à 115-120, le métabolisme basal + 27 % jusqu'à 29 %. On prescrit un traitement au lugol pendant 15 jours, qui améliore considérablement son état pour une semaine. La malade n'a plus de fatigue, ni de vertiges. Le cœur est un peu ralenti. L'appétit et la digestion sont bons. Il n'y a plus de nausées.

Cependant, bientôt, une nouvelle rechute survient. Le pouls remonte de 80 à 110, le métabolisme basal égale + 8 %. En mai 1931, la malade est nerveuse, craintive et agitée la nuit. Son pouls est à 100. Le corps thyroïde présente une hypertrophie globale. Les veines sont turgescentes, et sont animées de battements. En plus, il y a un tremblement, œdème de la cheville et des mains. La malade a subi une thyroïdectomie subtotalaire en 2 temps.

Le 6 août 1931: MB = + 54 %. Le 10 août, on procède en premier temps chirurgical à une ablation de l'isthme et du lobe gauche de la thyroïde. Dans les jours qui suivent l'opération, la malade a de violentes douleurs au creux épigastrique diffusant dans l'abdomen, sous forme de coliques semblables à celles notées avant l'intervention. Elles sont calmées par le laudanum en lavements et disparaissent avec la suppression des boissons glacées et l'émission de gaz. Son pouls tombe à 90. Il n'y a plus de palpitations, les tremblements ont disparu. Trois mois plus tard, on complète la thyroïdectomie subtotalaire par l'ablation du lobe droit, suivie du réveil des douleurs épigastriques violentes comme celles qui se sont produites après le premier temps de l'opération.

A la fin octobre, la malade est réexaminée. Son poids a augmenté, le pouls est à 90. Elle n'a plus de palpitations ni d'essoufflements. Le tremblement a disparu. Les règles sont moins abondantes, mais viennent régulièrement tous les mois. La malade fait une cure à Vichy. Elle a encore parfois des douleurs et la diarrhée mais rarement et sans vomissements. Les pieds ne se dérobent plus, elle n'a plus de vertiges. Le regard n'est plus fixe. Les sensations d'angoisse ont disparu.

La malade est suivie au cours de l'année 1932. Elle va très bien au point de vue général, mais la diarrhée et les douleurs dans le ventre persistent bien que très atténuées. Ces troubles digestifs disparaissent complètement au mois de janvier 1933. Revue en 1938, elle n'a plus jamais eu de douleurs abdominales, de diarrhée, ni nausées. Elle ne présente plus aucun symptôme de la série basedowienne et peut mener une vie absolument normale.

OBSERVATION IV

Mme G..., 43 ans, vient consulter le docteur WELTI en janvier 1939.

Antécédents. — Mère et deux tantes atteintes d'un goitre. Appendicectomie à l'âge de 17 ans, pratiquée après un ictère qui a duré six mois.

A 25 ans, abcès de l'anüs après son premier accouchement. A 27 ans, opération pour grossesse extra-utérine non trouvée d'ailleurs à l'intervention.

En 1938, intervention pour adhérences périoduodénales. Cette opération a été pratiquée à cause de différents troubles digestifs: douleurs dans la région vésiculaire, douleurs après les repas, vomissements alimentaires et perte de poids de 15 kg.; elle est suivie d'une amélioration de l'état général de la malade.

Histoire de la maladie:

En juin 1937, la malade est atteinte — pense-t-on — d'une grippe intestinale. Elle souffre d'abord de diarrhées avec fièvre élevée. Puis la fièvre diminue mais persiste des semaines. Etant donné que le corps thyroïde était gros du côté gauche depuis 1935, les médecins consultés pensent à incriminer l'hyperthyroïdie dans l'origine de cette entéro-colite.

En janvier 1938, nouvelle crise d'entéro-colite avec trachéite et douleurs au niveau du cou. Légère fièvre 37,8, 38. En juin de la même année, la crise se renouvelle. La malade souffre d'alternation de diarrhée et de constipation, de céphalée rebelle, de vertiges au lever. Elle a des douleurs abdominales et une légère fièvre. Cet état dure un mois. En juillet, la malade fait une cure à Vichy. L'amaigrissement s'accroît et les migraines rebelles persistent pendant tout le mois d'août.

En décembre 1938, crise de trachéite avec toux aboyante et petite fièvre. L'examen oto-rhino-laryngologique ne relève rien de spécial.

En janvier 1939, la trachéite persistant toujours, on pense à une compression par le corps thyroïde et on adresse la malade au docteur WELTI.

Le 13 mars 1939, elle est admise à l'hôpital américain de Paris. A l'examen au moment de l'admission on cons-

tate que la toux a cessé mais la céphalée rebelle et les migraines avec mouches volantes devant les yeux persistent. Ces migraines, au nombre de 4 à 5 par mois, sont surtout accusées au moment des règles, le fait d'être enfermée ou alitée, déclanche la céphalée frontale avec état nauséeux. Il y a un amaigrissement progressif depuis un an, une fatigue intermittente. On ne note pas de palpitations ni de tremblement, mais la malade a parfois des sueurs nocturnes avec chaleur anormale et rougeur de la face. Pas de troubles de Phaneres. Les signes de Chvościek et de Trousseau n'existent pas.

Au niveau du cou on aperçoit à gauche un nodule adénomateux de la taille d'une orange qui occupe le lobe gauche de la thyroïde. La palpation est légèrement douloureuse, la consistance est élastique, uniforme; à droite on sent aussi une hyperplasie plus discrète, polylobulée, de consistance molle.

La mobilité du corps thyroïde est normale latéralement et à la déglutition. Pas de troubles de phonation au moment de l'examen. Le cœur est tout à fait normal, le pouls à 75-80.

Les poumons sont normaux.

Le foie est normal. L'abdomen douloureux, cependant on ne sent rien à la palpation. Actuellement elle est plutôt constipée. Les règles sont normales.

Le 15 mars 1939, une *hémithyroïdectomie gauche* (H. WELTI). Cette intervention est suivie d'une guérison rapide. La malade est revue dernièrement en juin 1939. Les troubles digestifs ont complètement disparu, elle n'a plus ni migraines ni crises d'entéro-colite.

OBSERVATION V

Mme G..., âgée de 43 ans, est adressée le 5 avril 1939 au Docteur WELTI, à l'hôpital Laënnec (service de M. LARDENNOIS) pour maladie de Basedow. Le dernier métabolisme pratiqué a donné +35 %.

Le début de sa maladie remonte à 1926. A cette époque elle commence à souffrir brusquement de l'œil gau-

che. En plus elle a des palpitations et présente un léger amaigrissement. A l'hôpital Necker où elle consulte, on fait le diagnostic de maladie de Basedow et prescrit un traitement iodé. Ce traitement améliore l'état de la malade, cependant les palpitations persistent.

En 1937-38, dès la cessation du traitement iodé, l'état s'aggrave. Il apparaît une exophtalmie, des crises de diarrhée et des vomissements. Elle présente une fois une douleur dans la fosse iliaque droite qui est survenue pendant la marche et a duré une heure. Elle a été calmée par le repos.

Actuellement, elle présente de la nervosité et des insomnies. Elle a des tremblements, des palpitations et une tachycardie modérée (80-90). Elle est fatiguée et a maigri de 13 kg environ. Il existe une exophtalmie marquée de l'œil gauche. On observe aussi des troubles de phanères: les cheveux tombent, les ongles deviennent cassants, les dents présentent des caries. Elle a des sensations de chaleur, des sueurs, sa peau est moite, sa face est rouge. La malade présente un vitiligo depuis longtemps déjà et qui a augmenté depuis la dernière grossesse et surtout depuis le début de la maladie. On observe en plus un léger signe de Chwostek. La malade se plaint aussi de douleurs intercostales gauches. Elle n'a plus de troubles de la mémoire, mais par contre son psychisme est particulier (idées noires).

A l'examen le corps thyroïde est bien palpable à gauche, moins facilement à droite. Sa consistance est ferme, sa mobilité normale. La voix est voilée et la malade éprouve toujours le besoin d'avaler sa salive.

Au point de vue cardiaque: la pression sanguine est 8/14, il existe des palpitations, une tachycardie de 80-90. Le pouls est régulier, il n'y a plus d'arythmie ni d'extrasystoles. Il n'existe aucun souffle et aucun signe de défaillance cardiaque.

Les poumons sont normaux.

Le foie est normal, cependant la malade a des digestions lentes, difficiles. Il existe une anorexie. Au moment de l'admission il n'y a pas de diarrhée, elle existait cependant dans les phases antérieures de la maladie.

Les règles sont irrégulières depuis 1928, elles se sont

arrêtées en décembre 1938, mais ont repris en avril 1939. Le 14 avril 1939, en un premier temps chirurgical, une *hémithyroïdectomie droite* (H. WELTI). Les suites opératoires sont normales, la malade quitte l'hôpital six jours après l'intervention. Une semaine plus tard, elle se plaint de fatigue, elle présente une fièvre de 38, un météorisme abdominal important et une inappétance. Pour ces symptômes la malade consulte un médecin qui trouve une douleur dans la fosse iliaque droite et diagnostique une appendicite. Elle est réadmise à l'hôpital où à l'examen on trouve une douleur précise avec une sensation de plastron dans la fosse iliaque droite. Une fièvre à 39 et des nausées.

Appendicectomie (H. WELTI). On trouve un petit appendice d'aspect subnormal un peu coudé. L'examen histologique (R. HUGUENIN) montre « des images d'atrophie progressive aboutissant à la régression fibro-adipeuse de l'appendice. Les lésions sont purement muqueuses, car la musculuse est presque intacte et il n'y a pas de lésions inflammatoires de la sous-séreuse ».

La thyroïdectomie subtotale doit être complétée chez cette malade, dans quelques semaines.

CONCLUSIONS

I. — Certains troubles digestifs, en particulier les diarrhées, sont très fréquents chez les Basedowiens.

Lorsque ces troubles apparaissent comme première manifestation de la maladie, ou lorsqu'ils surviennent dans certaines formes frustes d'hyperthyroïdie, leur diagnostic est parfois difficile.

II. — Les troubles digestifs prennent, dans certaines observations, une grande intensité. Ils peuvent faire penser à une affection abdominale aiguë qui serait justiciable d'une intervention chirurgicale d'urgence.

Ainsi, le diagnostic d'appendicite est parfois envisagé par erreur chez ces malades.

III. — L'origine thyroïdienne de ces troubles est facile à mettre en évidence.

Ils s'exagèrent au cours des poussées thyrotoxicques. Le traitement iodé et la radiothérapie les améliore, la thyroïdectomie subtotale les fait disparaître. Ils peuvent d'ailleurs être reproduits expérimentalement.

IV. — Ces constatations ne doivent cependant pas conduire à méconnaître chez les basedowiens l'exis-

tence possible d'une lésion indépendante organique de l'appareil digestif.

Vu : *Le Président de Thèse,*
P. ABRAMI.

Vu : *Le Doyen,*
M. TIFFÉNEAU.

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BROUET-SAINTON, — Estomac des hyperthyroïdiens (*Thèse*, Paris, 1937).

BROWN (A.). — The effect of hyperthyroidism on gastric and intestinal function (*Journal American Ass.*, 1931, n° 8.).

BRUCE (L.), LOCKWOOD et CARLSON. — Nausées et vomissements dans la maladie de Basedow (*Journal Amer. Med. Assoc.*, 3 octobre 1925, Vol. 85, n° 14, p. 1033).

CHVOSTECK. — Morbus Basedowii und die Hyperthyreosen (Berlin, 1917).

CÜRSCHMANN. — Diarrhées thyro-toxiques (*Arch. für verdaug. Krank.*, février 1914).

— Troubles gastriques d'origine thyro-toxique (*Munch. Med. Wochen.*, 1928, p. 425).

DESBOUIS. — Crises entéralgiques au cours de la maladie de Basedow (*Soc. Méd. Hôp.*, 1914, p. 811).

EPPINGER et HESS. — Die Vagotonie (Berlin, 1910).

GUTMANN. — Les dyspepsies endocriniennes in *Les syndromes douloureux de la région épigastrique*, 1934, t. II.

— Troubles digestifs dans les hyperthyroïdies (*Ann. thérape biologique*, 15 décembre 1932).

KRAUS. — Zur Klinik des Morbus basedowii und seines grenzgebietes (*Med. Klin.*, 1:171, janvier 1911).

LAFFITTE et MAY. — Nouveau traité de Pathologie Interne. (Paris, Doin, 1928.)

LEOPOLD LÉVI. — Mécanisme d'action du traitement thyroïdien sur les troubles intestinaux (*Soc. de Biolog.*, 1^{er} juillet 1931).

LEVI et ROTSCILD. — Etude sur la physiopathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines (1911).

MARANON. — Hyperchlorhydrie et hyperthyroïdisme (*Rev. de Méd.*, 1914, n° 3).

MOUTIER. — Troubles digestifs et glandes endocrines (*Rev. fr. d'Endocrin.*, avril 1930).

MARBÉ. — L'influence du corps thyroïde sur la physiologie de l'intestin (*Soc. de Biol.*, 1^{er} juill. 1911).

KOLB. — Sur les manifestation intestinales de la maladie de Basedow et les difficultés de diagnostic (*Münch. Med. Wochenschrift*, n° 49, décembre 1912).

ROBERTSON et HARGIS. — Ulcère duodénal, étude anatomique (*Med. Clin. North. Amer.*, 8:1080, janvier 1925).

ROBERTSON (W. E.), WOHL (M. G.), ROBERTSON (H.). — Hyperthyroidism masked by symptoms of acute abdominal catastrophe. (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 20 février 1937.)

SAINTON, SIMONNET et BROUHA. — Endocrinologie clinique thérapeutique et expérimentale (Paris, Masson 1937).

SCHMIEDEN. — *Zentralblatt für chirurgie* (N° 40, p. 1369, 1912).

TSACOURIS. — Maladie de Basedow et troubles digestifs (*Thèse*, Paris, 1922).

VERBRYCKE. — Masked gastro-intestinal hyperthyroidism (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 22 août 1931).

WELTI et LAMY. — Les enseignements de la thyroïdectomie pour la maladie de Basedow (*Progrès Médical*, n° 50, du 8 décembre 1932).

WOHL (M. G.). — Hyperthyroïdie masquée par des symptômes abdominaux chroniques (*Med. Clin. North Amer.*, 16:134, juillet 1932).

